**Nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa**



**Uusi lupa Uusittu lupa**

# 2.1.2025

Palveluntuottaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palautusosoite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ koulutus / ammattinimike koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen edellyttämät lääketentit ja antanut tarvittavat näytöt osaamisestaan.

**Lupa on voimassa viisi (5) vuotta lääkärin allekirjoituspäivästä.**

Lupa on voimassa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asti.

**Tämä lupa oikeuttaa** (rasti oikeat vaihtoehdot):

\_\_\_ toteuttamaan luonnollista tietä annettavaa lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan

(luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

\_\_\_ vaihtamaan lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopussin/-pullon

\_\_\_ huuhtelemaan Q-syten infuusion päätyttyä, valmista iv-huuhteluruiskua käyttäen

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän N-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

(poikkeustilanne: vain saattohoitotilanteessa s.c.- ja i.m.-injektiona)

**Päivämäärä:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



# 2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURSSI | TENTIT | HYVÄKSYJÄ |
| LOP | Teoria: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    Laskut: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GER | 1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    2: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PKV | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| KIPU | 1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PSYK | 1: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  2: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_  Laskut: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



# 2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LÄÄKKEENJAKO** | **LÄÄKKEIDEN**  **ANTAMINEN**  **POTILAILLE/ASIAKKAILLE** | **INJEKTIOT IHON ALLE** | **INJEKTIOT LIHAKSEEN** |
| 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike |

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.



# 2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LÄÄKKEETTÖMÄN,**  **PERUSLIUOSTA**  **SISÄLTÄVÄN PUSSIN**  **VAIHTAMINEN** | **NEULATTOMAN LIITTIMEN HUUHTOMINEN** | **PKV-LÄÄKKEEN**  **ANTAMINEN (SUUN**  **KAUTTA, INJEKTIONA TAI**  **REKTIOLINA)** | **N-LÄÄKKEEN ANTAMINEN**  **(LAASTARI, SUUN KAUTTA**  **TAI INJEKTIONA**  **POIKKEUSTILANTEISSA)** |
| 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike | 1.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    2.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike    3.\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hyväksyjän nimi ja nimike |

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.